



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.014.03.2019

Pan
Andrzej Szmit
Dyrektor
Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej
Stacji Pogotowia Ratunkowego
ul. Kazimierza Wielkiego 7
66-400 Gorzów Wlkp.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp. (dalej: <i>Dysponent</i> lub <i>Stacja</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Szmit, Dyrektor Stacji, od 20 grudnia 2011 r. do nadal
Zakres przedmiotowy kontroli	Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2018 r. do 16 stycznia 2020 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ (dalej: <i>ustawa o NIK</i>)
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler/Kontrolerzy	1. Paweł Pawlak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/132/2019 z 8 listopada 2019 r. 2. Andrzej Misa, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/131/2019 z 30 października 2019 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz *Planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubuskiego* Stacja dysponowała wymaganą liczbą zespołów ratownictwa medycznego, które stacjonowały we właściwych miejscach. Dysponent wdrożył tzw. dobre praktyki, w szczególności w zakresie określenia jednolitych zasad postępowania z pacjentem, w tym opracowane przez Ministra Zdrowia oraz wojewodę lubuskiego, a dokumentację medyczną dotyczącą zespołów sporządzał prawidłowo. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane były przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, a ratownicy medyczni wypełniali obowiązek aktualizowania wiedzy i umiejętności. Na skutek jednak istotnych trudności kadrowych, w szczególności w związku ze znaczącym spadkiem liczby zatrudnionych lekarzy (z 17 do 10), dochodziło okresowo w Stacji do znacznego obciążenia pracą, np. realizowania obowiązków przez jednego z lekarzy niemal 16 godzin na dobę każdego dnia w ciągu miesiąca, a przez jednego z ratowników - ponad 12 godzin na dobę. Dodatki do wynagrodzeń zostały wypłacone ratownikom medycznym, dyspozytorom i pielęgniarkom systemu terminowo oraz w należytej wysokości.

Ogłędziny jednego z siedmiu ambulansów użytkowanych przez zespoły ratownictwa medycznego, wykazały że posiadał on niezbędne wyposażenie, m.in. umożliwiające przenoszenie pacjenta, postępowanie w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego, wymagane leki oraz niezbędną łączność. W miejscu zaś stacjonowania zespołów znajdowały się dwa właściwie wyposażone stanowiska pracy. Badanie kart/zleceń wyjazdu zespołów³ nie ujawniło przypadków wykorzystywania zespołów ratownictwa medycznego do zadań innych niż ratunkowe czynności medyczne. W zbadanych przypadkach kierownicy zespołów posiadali wymagane kwalifikacje zawodowe i odpowiednio długie doświadczenie. Użytkowana przez Dysponenta dyspozytornia medyczna została właściwie zorganizowana. W latach 2017-2019 zmalał łączny średni czas obsługi zgłoszenia, w tym czas oczekiwania na połączenie i trwania połączenia, zarówno dla numeru 112, jak i 999. Określone przepisami czasy postępowania dla dyspozytora i ZRM zostały zachowane, poza wyjątkiem dotyczącym przekroczenia czasu wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia. Nie osiągnięto natomiast mediany pożądaných czasów dojazdu zespołów zarówno w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców, jak i poza nim.

NIK negatywnie ocenia niezapewnienie wymaganego składu zespołu specjalistycznego w 56% zbadanych przypadków⁴ oraz pobranie z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) środków w wysokości przysługującej jak za udzielenie świadczeń przez zespoły specjalistyczne, mimo braku niezbędnego w ich obsadzie lekarza.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Z miesiąca sierpnia 2019 r.

⁴ W październiku 2019 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego⁵ zawarł z Wojewodą Lubuskim, na rzecz i w imieniu którego działał Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *LOW NFZ*), umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶ w rodzaju ratownictwo medyczne udzielane osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, realizowanych w rejonie operacyjnym zgodnym z planem działania systemu (tj. na terenie województwa lubuskiego).

Świadczenia objęte umową udzielane były przez Dysponenta we współpracy z dziesięcioma współrealizatorami wykazanymi w załączniku nr 5 do ww. umowy, z którymi Dysponent zawarł umowę Lubuskiego Konsorcjum Ratownictwa Medycznego⁷. Stacja, jako Lider Konsorcjum, została upoważniona przez współrealizatorów do prowadzenia spraw Konsorcjum, reprezentowania ich interesów podczas konkursów ofert lub rokowań ogłaszanych przez LOW NFZ w zakresie ratownictwa medycznego. Ponadto do obowiązków Lidera należało w szczególności zawarcie kontraktu z NFZ, składanie oświadczeń o wypowiedzeniu, rozwiązaniu lub odstąpieniu kontraktu, dokonywanie rozliczeń z tytułu wykonania kontraktu oraz koordynowanie prac współrealizatorów w celu należytego wykonania kontraktu.

W województwie lubuskim umowa przewidywała funkcjonowanie łącznie 52 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 18 zespołów specjalistycznych oraz 34 zespołów podstawowych.

Stacja zobowiązała się do dysponowania łącznie 6 zespołami (4 specjalistycznymi oraz 2 podstawowymi), natomiast współrealizatorzy dysponowali łącznie 46 zespołami ratowniczymi (14 specjalistycznymi oraz 32 podstawowymi).

Zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 3), Stacja zawarła umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Kwotę zobowiązania LOW NFZ wobec Dysponenta (jako Lidera Konsorcjum) z tytułu realizacji przedmiotowej umowy w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2019 r. strony ustaliły na 57.274.659 zł⁸. Jak wynika z planu rzeczowo-finansowego, cena jednostki rozliczeniowej za świadczenia udzielane przez:

- ✓ podstawowe zespoły ratownictwa wyniosła 3.184,84 zł,
- ✓ specjalistyczne zespoły ratownictwa wyniosła 4.246,18 zł,

przy czym koszty związane z wykonaniem umowy przez lidera, tj. Stację, ponosił solidarnie każdy ze współrealizujących z przypadającej im kwoty wynagrodzenia z tytułu utrzymania zespołu typu „S” i „P”.

W zakresie liczby i rodzajów zespołów ratownictwa medycznego, a także adresów miejsc stacjonowania ZRM, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej została zawarta zgodnie z *Planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubuskiego*⁹ (dalej: *Plan*).

⁵ Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp. jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

⁶ Umowa Nr 0416/0001/19 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne z 28 marca 2019 r. Umowa została zawarta na okres od 1 kwietnia 2019 r. do 31 grudnia 2020 r.

⁷ Umowa Nr K/01/2019 z 6 marca 2019 r.

⁸ Uwzględniając aneks nr 11 z 3 października 2019 r. do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁹ https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/wojewodzki_plan_dzialania_systemu_panstwowe_ratownictwo_medyczne.html

W latach 2011-2019 nakłady na „dobokaretkę” - jednostkę rozliczeniową za świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego - udzielane przez:

- ✓ podstawowe zespoły ratownictwa - wzrosły z 2.993,27 zł do 3.184,84 zł, tj. o 191,57 zł,
- ✓ specjalistyczne zespoły ratownictwa - wzrosły z 3.991,02 zł do 4.246,18 zł, tj. o 255,16 zł.

Dane o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy były na bieżąco aktualizowane, tj. zgłaszane do LOW NFZ, zgodnie z § 2 pkt 12 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 72-112, 122-154, 226)

2. Zgodnie z treścią pkt 8.1 rozdziału VIII Sposób koordynowania działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne „*Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubuskiego*”¹⁰, na terenie województwa funkcjonowały jednolite zasady postępowania z pacjentem uregulowane przez: Ministerstwo Zdrowia w 2018 r., tj. „Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu” oraz „Algorytm postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o dobre praktyki postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu”.

Dysponent wprowadził także, przekazane przez wojewodę, wewnętrzne procedury postępowania w przypadku awarii tabletu i telefonu, VPN lub komputera w miejscu stacjonowania, utraty wszystkich środków łączności, instrukcje odbioru wiadomości tekstowych z radiotelefonu w miejscu stacjonowania i ambulansie, instrukcję helpdesk, procedury testów radiowych, dysponowania zespołów w trybie offline, zgłaszania incydentów przez użytkowników SWD PRM oraz zasady pracy sieci radiowej w oparciu o kanał B 112.

Ponadto, w Stacji wdrożono „Wytyczne do obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni medycznej w SWD PRM”, „Plan działań ratowniczych autostrady A2 na odcinku Świecko – Nowy Tomyśl”, „Zastępowalność dyspozytorni medycznych w systemie PRM”, Instrukcja alarmowa – Zasady postępowania w przypadku uzyskania informacji o podłożeniu lub zlokalizowaniu urządzenia wybuchowego w obiekcie użyteczności publicznej”, „Algorytm zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytor medycznego”¹¹ oraz Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego”.

Ww. procedury zostały przedłożone pracownikom Stacji do zapoznania i stosowania. Oryginały procedur znajdowały się w siedzibie Stacji (ul. Kazimierza Wielkiego 7) oraz do wglądu w miejscach ogólnie dostępnych dla pracowników.

(akta kontroli str. 155-173)

Ustosunkowując się do braku wdrożenia dobrych praktyk w zakresie przekazywania pacjentów do szpitalnych oddziałów ratunkowych (dalej: SOR) Dyrektor wyjaśnił: *Opracowane przez Ministerstwo Zdrowia „Dobre praktyki”, dotyczące sposobów przekazywania pacjentów przywiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego personelowi SOR były udostępnione wiele lat po tym, jak w uzgodnieniach między Szpitalem Wielospecjalistycznym oraz SPW SPR w Gorzowie Wlkp. przyjęto i wprowadzono do stosowania ww. zakres czynności. Nie było więc powodu, dla*

¹⁰ Aktualizacja nr 1 do Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubuskiego – tekst jednolity z 1 kwietnia 2019 r.

¹¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2019 r.

którego należałoby zmieniać dobre procedury, które w obustronnym przestrzeganiu nie powodują zagrożenia dla pacjenta, zarówno co do szybkości przekazania, jak i merytorycznego informowania lekarzy SOR, co do stanu pacjenta.

(akta kontroli str. 377-380)

3. Według stanu na koniec III kwartału 2019 r. w Stacji w Gorzowie Wlkp. w dwóch miejscach stacjonowania funkcjonowały 4 zespoły specjalistyczne i 2 podstawowe, co było zgodne z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i ewidencją środków trwałych¹².

Stacja do celów ratownictwa medycznego dysponowała 7 ambulansami, w tym jednym zastępczym (lata produkcji: jeden z 2009 r., trzy z 2012 r., dwa z 2018 r. i jeden z 2019 r.).

Łącznie w 2019 r.¹³ miało miejsce 59 awarii, zaś koszty napraw wyniosły 28.008,66 zł (średnio 8,4 awarii/ambulans o średniej wartości niespełna 475 zł).

Nie stwierdzono by użytkowane przez ZRM karetki o długim okresie eksploatacji (oba ambulanse z 2018 r. po 8 awarii, ambulanse z lat 2009-2012 od 4 do 16 awarii) ulegały częstszym awariom oraz by miało to związek z trudnościami w skompletowaniu zespołu ratowniczego z powodu braku odpowiedniej liczby ratowników/lekarzy.

Na koniec października 2019 r. średni przebieg ambulansów z lat 2009-2012 wynosił niewiele ponad 200 tys. km, oba ambulanse użytkowane od 2018 r. przejechały średnio po ok. 45 tys. km, ambulans użytkowany od 2019 r. przejechał 2 tys. km.

Spośród 7 użytkowanych ambulansów, zgodnie z dokumentami pojazdów, masę przekraczającą 3,5 tony¹⁴ posiadał wyłącznie ambulans użytkowany od 2019 r.

Dyrektor Stacji wśród problemów związanych z nabyciem ambulansów spełniających wymagane kryteria wymienił m.in.: „(...) dotychczasowe doświadczenie w postępowaniach mających na celu nabycie ambulansu do 3,5 t wskazuje, iż najczęstszymi problemami jest dostępność od wielu dostawców lub dostępność w czasie, który byłby satysfakcjonujący dla nabywcy. W trakcie postępowań można odnieść wrażenie, iż ustawa mająca na celu ograniczenie „nieformalnych” sposobów rozstrzygnięć postępowań, w żaden sposób nie ułatwia nabycia produktu w dobrej cenie lub produktu o parametrach oczekiwanych przez kupującego. Bezsprzecznym jest, iż ceny ambulansów w ciągu ostatnich kilku lat wzrosły o kilkadziesiąt procent bez jakiegokolwiek uzasadnienia ekonomicznego, a kupujący stoi przed dyktatem jednego lub dwóch oferentów. Nie bez znaczenia również jest fakt, iż sprzedający „nie wchodzi sobie w drogę”, a rynek jest podzielony w zależności od terytorium, na którym jest prowadzone postępowanie o zamówienie publiczne. Skomentowania również wymaga próg masy całkowitej do i powyżej 3,5 t. Według naszego doświadczenia ambulans do 3,5 t i ambulans o masie całkowitej 3,880 t niczym się nie różnią, natomiast zapis o nośności powyżej 3,5 t automatycznie wprowadza samochód bazowy w rejestr samochodów ciężarowych z wszelkiego tego faktu konsekwencjami. SPWSPR w Gorzowie Wlkp. musiała oczekiwać blisko trzy miesiące na usunięcie fabrycznych ograniczeń, związanych z elektronicznym ogranicznikiem prędkości, montowanym przez producenta, a którego usunięcie wiąże się ze skomplikowanymi czynnościami

¹² W ewidencji pozostaje łącznie 12 ambulansów, z czego 7 służy ZRM, pozostałe zaś innym celom (m.in. transport komercyjny – odpłatnie osobom fizycznym lub innym jednostkom ochrony zdrowia).

¹³ Do końca października 2019 r.

¹⁴ Spośród 16 kierowców 4 nie mają kat. C, z czego 2 jest w trakcie kursu – nieuprawnieni nie prowadzili ambulansu o masie pow. 3,5 t.

prawnymi wyprowadzenia samochodu bazowego z rejestru samochodów ciężarowych.

(akta kontroli str. 174-176, 235-237, 263-266)

4. Poddany oględzinom ambulans dysponował niezbędnym wyposażeniem. Pojazd posiadał m.in:

- a) wyposażenie do przenoszenia pacjenta (nosze podbierające, materac próżniowy, deska stabilizująca kręgosłup oraz krzeselko kardiologiczne),
- b) wyposażenie do wentylacji (przenośny zbiornik tlenu o objętości 0,8 m³, mechaniczne i elektroniczne urządzenie do odsysania, elektryczne urządzenie do odsysania oraz dwa stacjonarne pojemniki tlenu o objętości 1,6 m³ każdy),
- c) wyposażenie do postępowania w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego (defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta, kaniule do wkuć centralnych oraz respirator),
- d) wyroby do bandażowania i pielęgnacji (worki na mocz, zgłębnik żołądkowy z wyposażeniem oraz opatrunki),
- e) łączność (terminal mobilny wraz ze stacją dokującą, umożliwiający korzystanie z SWD PRM, urządzenie systemu nawigacji satelitarnej przekazujące dane do SWD PRM, telefony komórkowe, a także radiotelefon zamontowany na stałe z możliwością odbierania i wysyłania wiadomości tekstowych),
- f) leki (glyceroli trinitras – aerozol, ketoprofenum, atropini sulfas, clemastinum – formie roztworu do wstrzykiwań, diazepamum w formie roztworu do wstrzykiwań oraz wlewki doodbytniczej, glucosum – roztwór 5% i 20% do wlewu dożylnego, roztwór do wstrzykiwań), hydrocortisonum – roztwór do wstrzykiwań, hydroxyzinum – tabletki, roztwór do wstrzykiwań, lidocaini hydrochloridum – roztwór do wstrzykiwań, żel, mannitolum – 20% roztwór do wlewu dożylnego oraz salbutamolum w formie roztworu do inhalacji,
- g) a także między innymi: zestaw do cewnikowania pęcherza moczowego (cewnik Foley'a z wyposażeniem) i zestaw do konikopunkcji.

(akta kontroli str. 388-390)

5. W miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego w Gorzowie Wlkp. (ul. Kazimierza Wielkiego 7), znajdowały się dwa stanowiska pracy. Każde z ww. stanowisk było wyposażone zgodnie z § 10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁵, tj. w stację roboczą z monitorem umożliwiającym korzystanie z SWD PRM, drukarkę współpracującą ze stacją roboczą, drukującą na formacie A4 oraz połączenie z Internetem.

(akta kontroli str. 391)

6. W sierpniu 2019 r. w odniesieniu do sześciu ZRM stacjonujących w Gorzowie Wlkp. odnotowano łącznie 1390 wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 887 wyjazdów zespołów specjalistycznych i 503 wyjazdy zespołów podstawowych. W 848 przypadkach (tj. 61% wyjazdów ogółem) pacjentów przewieziono do szpitala (na Izbę Przyjęć/SOR). Szczegółowo próbę 100 interwencji ZRM opisano w pkt. 16 wystąpienia.

W badanej populacji 100 kart/zleceń wyjazdu ZRM z sierpnia 2019 r. i korespondujących z nimi wpisów w księdze zleceń nie ujawniono przypadków wykorzystywania zespołów ratownictwa medycznego do zadań innych niż ratunkowe czynności medyczne.

(akta kontroli str. 234, 251-253)

¹⁵ Dz. U. poz. 1310.

7. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane były przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. W badanej próbie dobranej losowo, przeanalizowano kwalifikacje dwóch pielęgniarek – obie ze specjalizacją z pielęgniarstwa ratunkowego (od 2007 r.), dwóch lekarzy – jeden ze specjalizacją z medycyny ratunkowej i drugi ze specjalizacją z medycyny rodzinnej (1997 r.) oraz I stopnia specjalizacji z pediatrii (1988 r.) i 10 ratowników medycznych (uprawnienia ratownika medycznego uzyskane w latach 1995-2012, z czego trzech – z wykształceniem wyższym w zakresie ratownictwa medycznego oraz siedmiu, którzy ukończyli Medyczne Studium Zawodowe).

(akta kontroli str. 179-180)

Według informacji otrzymanej 10 grudnia 2019 r. od Dyrektora LOW NFZ na terenie województwa lubuskiego ww. osoby w latach 2018-2019 w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne, nie udzielały świadczeń w innej jednostce organizacyjnej z wyjątkiem jednego z ratowników medycznych, który w okresie do 30 kwietnia 2018 r. udzielał świadczeń w innym podmiocie leczniczym w wymiarze 6 godzin średnio-tygodniowo.

(akta kontroli str. 184-185)

W Stacji nie wprowadzono w sposób sformalizowany procedur wykluczających udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby będące w stanie przepracowania, po wcześniejszym wielogodzinnym świadczeniu pracy u innego pracodawcy. Podczas rekrutacji nowych pracowników nie była wymagana zgoda innego pracodawcy na pracę w SPW SPR oraz nie było wymagane uzyskanie zgody na dodatkowe zatrudnienie poza Stacją.

(akta kontroli str. 183, 332-337)

Spośród trzech ratowników medycznych o największej liczbie przepracowanych godzin w poszczególnych miesiącach 2019 r. najwięcej przepracował ratownik w lipcu – 384,5 godz., kolejni dwaj: we wrześniu – 371 godz. i w marcu – 368 godz., zaś dla pielęgniarki największa liczba przepracowanych godzin to po 252 godz. w czerwcu i lipcu. Lekarz z największą liczbą godzin pracy przepracował w marcu 466, a w kwietniu 478 godz.

Istotnym problemem był ubytek zatrudnionych lekarzy, których liczba zmalała z 17 na koniec pierwszego kwartału 2019 r. do 10 na koniec października 2019 r.

Średniomiesięcznie czas pracy w 2019 r. wynosił dla ratowników/kierowców od 159 godz. do 213 godz., a dla ratowników odpowiednio od 121 do 160, dla lekarzy od 142 do 192 godzin.

Na średnią liczbę godzin wpływała liczba dni w danym miesiącu oraz liczba osób w danej grupie zawodowej w poszczególnych miesiącach.

(akta kontroli str. 180-183)

Jak wskazała st. inspektor ds. pracowniczych na etapie układania grafików pracownikom kontraktowym planuje się średnio 240 lub 264 godz. na osobę (10 lub 11 x 24 h). Nadwyżki ponad planowe godziny wynikają z konieczności organizowania zastępstw ratowników z powodu długotrwałych chorób. W 2019 r. nieobecności ratowników od I do V – 3 osoby, tj. około 650 godz. miesięcznie, od VI do X – 4 osoby tj. około 890 godz. miesięcznie. Dyrektor na bieżąco ogłasza konkursy na wolne miejsca i zatrudnia ratowników na czas określony - na zastępstwo.

W latach 2018-2019 w Stacji przeprowadzono 6 konkursów na wolne stanowiska dyspozytora i ratowników medycznych w efekcie przyjmując łącznie 12 pracowników (10 ratowników i 2 dyspozytorów).

(akta kontroli str. 177-178, 181-182)

W sprawie znacznej liczby przepracowanych godzin Dyrektor Stacji wyjaśnił m.in., że optymalnym rozwiązaniem byłaby praca lekarzy i ratowników w wymiarze nie przekraczającym 240 godzin miesięcznie, problemem jest jednak brak kadr medycznych.

W odniesieniu do lekarza, który dwa kolejne miesiące przepracował w wymiarze ponad 460 h Dyrektor wskazał, że był on jedynym lekarzem, który w tym czasie mógł wspomóc Stację, z powodu rezygnacji z pracy kilku lekarzy, którzy wybrali zatrudnienie w szpitalnych oddziałach ratunkowych, otrzymując wynagrodzenie wyższe o 50% niż w karetkach specjalistycznych. Lekarz ten nie wykonywał innych świadczeń medycznych i zgodził się na tak duże obciążenie w krótkim okresie (w kolejnych miesiącach z tego rezygnując).

W przypadku ratowników zwiększone ilości przepracowanych godzin były wynikiem samowolnego zamienienia się w celu uzyskania dni wolnych i były przedmiotem postępowania wyjaśniającego, gdyż dokonywanie zmian bez zgody przełożonego nie jest dozwolone. Ratownicy złożyli stosowne wyjaśnienia. Jak wskazał Dyrektor Stacji, problemem jest brak ratowników medycznych.

W odniesieniu do możliwości zapobiegania ryzyku przepracowania Dyrektor wyjaśnił: *(...)większość pracowników medycznych wykonuje swoje usługi jako podmioty gospodarcze, co wyklucza możliwość stosowania wobec nich ograniczeń kodeksowych, a ponadto nie mamy możliwości kontrolowania wszystkich miejsc pracy, w których ze względu na swoje kwalifikacje lub też w innym charakterze, mogliby oni wykonywać inne rodzaje zatrudnienia lub świadczenia medyczne.*

Według naszego doświadczenia optymalną ilością godzin jaką powinien wykonywać pracownik medyczny, jest 240 h miesięcznie, przy czym należy zauważyć, iż w trakcie składania ofert w postępowaniach konkursowych Narodowy Fundusz Zdrowia premiował tych świadczeniodawców, którzy w portalu świadczeniodawcy wykazywali osoby medyczne, które łącznie nie przekraczały czasu pracy w wysokości 288 h w skali miesiąca i 72 h w skali tygodnia. Należy więc przyjąć, iż Fundusz przewidywał i uznawał za prawidłowe wykonywanie świadczeń w cytowanych wysokościach.

(akta kontroli str. 381-385)

8. Ratownicy medyczni wypełniali obowiązek aktualizowania wiedzy i umiejętności. Ułatwiając ratownikom aktualizowanie wiedzy dla ratowników medycznych Stacji w latach 2018-2019 r. zrealizowano łącznie 13 szkoleń m.in. symulacja zdarzeń mnogich, dobre praktyki leczenia bólu w ZRM, postępowanie z pacjentem podejrzanym o udar mózgu, kryteria kwalifikacji leczenia w centrum urazowym. W szkoleniach uczestniczyło 45-49 ratowników.

Ratownicy medyczni, celem podniesienia umiejętności, brali także udział m.in. w ćwiczeniach organizowanych w związku z realizacją projektu w ramach INTERREG V A Brandenburgia – Polska 2014-2020 „Transgraniczne Ratownictwo Medyczne w Powiecie Marchijsko-Odrzańskim i Województwie Lubuskim”.

Ponadto, Dysponent wymagał od ratowników medycznych poświadczenia realizacji obowiązku szkoleniowego – w aktach wybranych 5 ratowników znajdowały się dokumenty (certyfikaty, zaświadczenia) poświadczające odbycie szkoleń/kursów. Jeden z ratowników uczestniczył w seminariach i konferencji organizowanych w ramach Ogólnopolskiego Kongresu Ratowników Medycznych w 2018 r.

(akta kontroli str. 186-205)

9. Ratownikom medycznym, dyspozytorom oraz pielęgniarkom systemu dodatki do wynagrodzeń zostały wypłacone terminowo.

Kontrolą objęto listy wynagrodzeń za sierpień 2019 r. oraz zapisy w księgach rachunkowych w zakresie rozrachunków z tytułu zobowiązań w odniesieniu do wypłat dodatków do wynagrodzeń. Pielęgniarkom w sierpniu 2019 r. Stacja przekazała środki na zwiększenie wynagrodzeń w wysokości 20.672 zł, zaś ratownikom w kwocie 100.756,32 zł. Wypłat dokonano:

- ✓ 28.08.2019 r. – 8 ratownikom etatowym oraz 6 pielęgniarkom etatowym,
- ✓ 06.09.2019 r. – 5 pielęgniarkom kontraktowym i 52 ratownikom oraz dyspozytorom kontraktowym,
- ✓ 09.09.2019 r. – 3 ratownikom oraz dyspozytorom kontraktowym.

(akta kontroli str. 206-225)

10. Analiza wybranych kart zleceń wyjazdu ZRM oraz kart medycznych czynności ratunkowych Stacji z października 2019 r. wykazała, że w 14 z 25 (56%) badanych zleceń wyjazdów zespół specjalistyczny „S” – zlecenie zrealizowano w składzie dwuosobowym.

W okresie 7 dni¹⁶, kiedy realizowano badanych 14 wyjazdów, nie zapewniono obsady zgodnej z wymogami umowy z NFZ, tj., w lekarza w każdym z 4 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego.

W październiku 2019 r., według danych z modułu SPAGOBI, wykonano w województwie lubuskim łącznie 812 wyjazdów ZRM „S” z czego w składzie dwuosobowym 428 (52,7%). Zespoły wyjeżdżając do wezwań nie posiadały w ponad połowie przypadków wymaganego składu osobowego.

Główną przyczyną tego stanu był brak kadry lekarskiej. W 2019 r. znacząco spadła liczba lekarzy ratownictwa medycznego w SPW SPR – na koniec I kwartału było ich 17, zaś na koniec października już tylko 10.

W piśmie z dnia 25 listopada 2019 r. skierowanym do wojewody lubuskiego, na jego prośbę w zakresie wyrażenia opinii nt. organizacji systemu PRM w województwie, dyrektor Stacji wskazał m.in., że lubuskie konsorcjum określiło na 6 ilość specjalistycznych zespołów, które należałoby utrzymać w dalszym okresie.

(akta kontroli str. 234, 247-248, 335-337)

Stosownie do art. 36 ust. 4 i 5 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁷ kierownikiem zespołu specjalistycznego ratownictwa medycznego jest lekarz systemu, a zespołu podstawowego może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wskazana przez dysponenta jednostki. Od 7 września 2019 r. kierownik zespołu podstawowego musi spełniać kryterium, doświadczenia w okresie ostatnich pięciu lat w wymiarze co najmniej 5000 godzin.

W oparciu o badanych 50 wpisów do księgi oraz odpowiadających im kartom zleceń wyjazdów z października 2019 r. ustalono m.in., że każdorazowo zadysponowani kierownicy i członkowie wszystkich zespołów posiadali wymagane kwalifikacje zawodowe i odpowiednio długie doświadczenie (m.in. spełniono wymóg dla kierownika zespołu, którym może być ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, z doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 tys. godzin w okresie ostatnich pięciu lat oraz uprawnienia do kierowania pojazdami). Wśród badanych przypadków nie stwierdzono by kierowca–ratownik pełnił funkcję kierownika ZRM.

¹⁶ 5-7 i 11-14.10.2019 r.

¹⁷ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 poz. 993, ze zm.).

(akta kontroli str. 250, 254)

Z informacji przekazanej przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w Gorzowie Wlkp. wynika, że w latach 2018-2019 w 44 przypadkach, wskutek braku możliwości zadysponowania ZRM, na miejsce zdarzenia wysyłana była jednostka PSP lub OSP.

(akta kontroli str. 249)

W ww. sprawie Dyrektor wyjaśnił: *44 przypadki użycia jednostek PSP były spowodowane brakiem dostępności jednostek ratownictwa, w związku z czym zgodnie z obowiązującymi przepisami skorzystano z pomocy jednostek organizacyjnych współpracujących z Państwowym Systemem Ratownictwa Medycznego. Wydaje się, iż 33 przypadki w roku 2018 oraz 11 przypadków w roku 2019 nie można uznać za nadmierne wykorzystywanie przez dyspozytorów medycznych, prawnych możliwości do użycia innych jednostek z listy wojewody, niebędących jednostkami ochrony zdrowia. Dla przykładu w roku 2019 - 52 zespoły ratownictwa medycznego województwa lubuskiego zostały zadysponowane 87 899 razy, przy 160 876 zgłoszeniach. Tak więc, użycie jednostek współpracujących z Systemem stanowi 0,05%. SPWSPR w Gorzowie Wlkp. nie analizuje takich przypadków, gdyż stanowiły one ewidentnie zgodne z prawem rozwiązanie, a powód braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego był efektem użycia go w interwencji u innego pacjenta.*

(akta kontroli str. 377-380)

11. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pożądane parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego wynoszą:

- mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Stacja zrealizowała następującą liczbę wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego (odnotowania jednak wymaga, iż część ww. danych pochodzących z modułu predefiniowanego SPAGOBI obarczona była błędami, o których występowaniu Dysponent informował administratora centralnego SWD PRM (raporty zawierały błędne dane lub nie zawierały ich w ogóle):

- ✓ w 2017 r. – 14.703 wyjazdy, przy czym mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia wyniosła 9:10 min. w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 18:27 min. w obszarze poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,
- ✓ w 2018 r. – 15.638 wyjazdów, przy czym mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia wyniosła 10:13 min. w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 19:00 min. w obszarze poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,
- ✓ w I kwartale 2019 r. – 4.058 wyjazdów, przy czym mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia wyniosła 10:31 min. w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 19:58 min. w obszarze poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.

Jak wynika z powyższego mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców wzrosła z 9:10 min. (w 2017 r.) do 10:31 min. (na koniec I kwartału 2019 r.), podobnie jak w przypadku obszaru poza miastami

powyżej 10 tys. mieszkańców, w którym wzrosła z 18:27 min. (w 2017 r.) do 19:58 min. (na koniec I kw. 2019 r.).

W okresie od 2017 r. do końca I kwartału 2019 r. wzrósł także odsetek liczby wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia z 8,3% do 14,2% w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców oraz z 41,7% do 49,7% na obszarze poza takimi miastami.

Trend wzrostowy odnotowano również w ww. okresie w przypadku średniego czasu interwencji z ZRM od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do przekazania pacjenta do szpitala, tj. z 37:05 min. do 40:07 min. w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców oraz z 57:33 min. do 1:00:09 min. na obszarze poza takimi miastami.

(akta kontroli str. 238)

W powyższych sprawach Dyrektor Stacji wyjaśnił: *Dyrektor SPW SPR w Gorzowie nie ma żadnego wpływu na fakt zwiększających się obciążeń nakładanych na Państwowe Ratownictwo Medyczne, zarówno w sposób instytucjonalny (praktycznie nie ma możliwości odmówienia wyjazdu wobec zgłoszeń niemających znamion rzeczywistego i nagłego pogorszenia stanu zdrowia, przebiegającego z zagrożeniem życia), jak i wynikających z dowolności wykonywania świadczeń u pacjenta przez podstawową opiekę zdrowotną.*

Ponadto, nie bez znaczenia jest fakt, iż wszelkie czasy będące miernikami sprawności działania ratownictwa medycznego w Gorzowie Wlkp. ulegają wydłużeniu, gdyż poruszanie się w mieście oraz w byłym rejonie operacyjnym jest ograniczone nadmiernym i intensywnym ruchem pojazdów, licznymi remontami oraz tym, iż samo użycie zespołu ratownictwa medycznego nie jest wskazaniem do użycia sygnałów uprzywilejowania, a tym samym podlegamy wszystkim utrudnieniom komunikacyjnym. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż rejony, do których zobowiązany jest docierać zespół ratownictwa medycznego SPWSPR w Gorzowie, są oddalone nawet o ponad 40 km od miejsca stacjonowania ambulansu.

Dla skrócenia czasów dojazdu, część zespołów ratownictwa medycznego została przeniesiona w nowe miejsce wyczekiwania w południowej części Gorzowa Wlkp., w związku z czym zespoły tam stacjonujące nie muszą w trakcie wyjazdów „przebijać się” przez centrum miasta oraz mosty na rzece Warcie. Skrócony został również dojazd do węzłów południowych na drodze szybkiego ruchu S3. Skraca to czas dojazdu do wszelkich miejsc, które znajdują się na południe od rzeki Warty w kierunku na Skwierzynę oraz do nitki komunikacyjnej S3 w kierunku północ-południe.

(akta kontroli str. 377-380)

12. Na podstawie umowy użyczenia z 14 września 2019 r. (uchylającą poprzednio obowiązującą umowę z 3 grudnia 2015 r.) Dysponent otrzymał od Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego (dalej: LUW) niezbędny sprzęt do wyposażenia i funkcjonowania SWD PRM.

Protokołem przekazania z 25 września 2019 r. Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego LUW przekazał, a kierownik dyspozytorni po zweryfikowaniu potwierdził 30 września 2019 r. funkcjonalność i zgodność przekazanego sprzętu ze stanem faktycznym oraz przyjął odpowiedzialność materialną za użyczony na potrzeby dyspozytorni sprzęt oraz wyposażenie.

(akta kontroli str. 392-407)

13. Z przeprowadzonych w grudniu 2019 r. oględzin dyspozytorni medycznej wynika m.in., że zorganizowano w niej stanowiska głównego dyspozytora medycznego, zastępcy głównego dyspozytora medycznego (pierwszy dyspozytor wysyłający) oraz

dyspozytorów medycznych. Dyspozytorzy medyczni zostali podzieleni na dyspozytorów przyjmujących (4 stanowiska) zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach oraz dyspozytorów wysyłających (2 stanowiska), dysponujących zespoły ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

Podkreślić należy, że wyżej przedstawiona organizacja stanowisk wymagana jest od 1 stycznia 2020 r.

W dyspozytorni zorganizowano jedno rezerwowe stanowisko dyspozytorskie.

W pomieszczeniu dyspozytorni wydzielono część:

- operatorską, w której dyspozytorzy przyjmujący realizują zadania polegające na przyjmowaniu zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni,
- dyspozytorską, w której dyspozytorzy wysyłający realizują zadania polegające na obsłudze zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, w tym na dysponowaniu zespołami ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, po ich przekazaniu przez dyspozytorów przyjmujących.

Dyspozytornia została wyposażona w:

- system łączności telefonicznej w postaci rezerwowych aparatów telefonicznych (na każdym stanowisku), umożliwiających przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni oraz dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, na każdym stanowisku dyspozytora medycznego – w przypadku awarii PZŁ,
- jedno rezerwowe stanowisko dyspozytorskie,
- urządzenia techniczne i środki łączności, w tym środki łączności radiowej oraz systemy teleinformatyczne zapewniające realizację zadań przez dyspozytorów medycznych w sposób efektywny, z zachowaniem ciągłości działania i wymiany informacji oraz możliwości pracy, szczególnie w przypadku braku zasilania zewnętrznego w energię elektryczną lub uszkodzenia systemów teleinformatycznych i łączności (system kamer w miejscach stacjonowania ZRM, system SMS – powiadamiający każdego członka ZRM o dyspozycji wyjazdu, niedostępności sprzętu, braku miejsc w szpitalach, awariach, itp., system radiowy cyfrowy z pozycjonowaniem GPS),
- dostęp do niezależnej stacji roboczej z zainstalowanym programem do rejestracji i udostępniania nagrań rozmów prowadzonych przez dyspozytorów medycznych; dodatkowo stanowisko dyspozytora głównego z dostępem do stacji roboczej z możliwością odtwarzania zarejestrowanych nagrań,
- dostęp do konta poczty elektronicznej w domenie urzędu wojewódzkiego na stanowisku kierownika dyspozytorni medycznej i jego zastępcy oraz głównego dyspozytora i jego zastępcy,
- dostęp do Internetu na wszystkich stanowiskach dyspozytorni.

Stanowiska pracy dyspozytorów medycznych zostały zorganizowane z zachowaniem zasad ergonomii, pomieszczenia klimatyzowane i przystosowane do pracy w systemie 24-godzinny (biurka, fotele ergonomiczne). Dyspozytornię wyposażono w system zasilania gwarantowanego dla urządzeń technicznych, środków łączności oraz systemów teleinformatycznych, wykorzystywanych w dyspozytorni.

Dyspozytornia została wyposażona w dostęp do pomieszczeń administracyjnych dla kierownika dyspozytorni i jego zastępcy oraz w dostęp do pomieszczenia socjalnego (kuchnia), a także węzła sanitarnego, wyposażonego w natrysk znajdujący się w korytarzu prowadzącym do pomieszczeń dyspozytorni.

Dyspozytornia oraz wejście do niej było monitorowane. Każdy z dyspozytorów został wyposażony w indywidualną kartę dostępu. Dyspozytor główny miał możliwość otwierania drzwi wejściowych za pomocą wideodomofonu.

(akta kontroli str. 71, 386-387)

14. Liczba odebranych połączeń wynosiła w:

- ✓ 2017 r. – 135.352, z tego z nr 999 – 101.312 i z nr 112 – 34.040,
- ✓ 2018 r.¹⁸ – 118.592, z tego z nr 999 – 77.439 i z nr 112 – 41.154,
- ✓ I-III kw. 2019 r. – 88.557, z tego z nr 999 – 46.449 i nr 112 – 37.108.

Łącznie w ww. okresie odebrano 337.502 połączenia, z czego 66,7% (225.200) to połączenia z nr 999, a 33,3% (112.302) z nr 112.

Średni czas oczekiwania na połączenie w latach 2017 - 2019 zmalał z 11 sekund do 8 sekund dla nr 112 i z 8 sekund do 6 dla nr 999. Skróceniu także uległ średni czas trwania połączenia z 2 minut i 5 sekund w 2017 r. do 1 minuty i 56 sekund dla nr 112 i z 1 minuty 53 sekund do 1 minuty i 36 sekund dla nr 999, tym samym zmalał w analizowanym okresie łączny średni czas obsługi zgłoszenia (czas oczekiwania i połączenia) z 2 minut 16 sekund do 2 minut 4 sekund dla nr 112 i z 2 minut 1 sekundy do 1 minuty i 42 sekund dla nr 999.

Dane dotyczące odsetka zgłoszeń niezasadnych (w ocenie Dysponenta) kończących się odmową zadysponowania ZRM nie były możliwe do pozyskania z systemów raportowych Stacji, tj. modułu SPAGOBI (SWD PRM).

(akta kontroli str. 239)

W latach 2018-2019 odmowy zadysponowania ZRM były przedmiotem sześciu skarg. W wyniku rozpatrzenia nie potwierdzono ich zasadności. Nie odnotowano przypadków, by osoby których dotyczyła odmowa zadysponowania ZRM poniosły uszczerbek na zdrowiu. Nie wystąpiły także w badanym okresie przypadki wypłaty odszkodowań z tytułu braku zadysponowania ZRM.

(akta kontroli str. 227-232)

15. W okresie objętym kontrolą Dysponent, jako administrator SWD PRM, podejmował między innymi niżej wymienione przedsięwzięcia niezbędne do funkcjonowania Systemu:

- ✓ współpracowano z administratorem wojewódzkim i centralnym, w szczególności w sposób ciągły i na bieżąco weryfikując i zgłaszając incydenty (awarie, błędy Systemu); wszelkie problemy dotyczące SWD ZRM możliwe do wyeliminowania na poziomie administratora wojewódzkiego były rozwiązywane na bieżąco,
- ✓ weryfikowano i zgłaszano incydenty dotyczące SWD PRM, według poniższego schematu: zgłoszenie incydentu przez użytkownika Systemu do administratora dysponenta i dalsze przekazanie zgłoszenia administratorowi wojewódzkiemu lub administratorowi centralnemu (tj. Helpdesk – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe), w przypadku gdy incydenty występowały poza godzinami pracy administratora wojewódzkiego; możliwość zgłoszenia incydentów posiadał każdy użytkownik Systemu,
- ✓ generowano i przekazywano raporty predefiniowane (np. raporty miesięczne, księga dysponenta) i swobodne w module raportowym (w zakresie i z częstotliwością zależną od potrzeb dysponenta),

¹⁸ W okresie od 01.10.2018 r. do 31.12.2018 r. oraz od 01.01.2019 r. do 20.03.2019 r. dyspozytornia medyczna była podłączona pod centralę telefoniczną w Poznaniu. Dane za te okresy nie są możliwe do pozyskania. Remont serwerowni w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.

- ✓ weryfikacja błędów ewidencji miejscowości, ulic i adresów odbywała się przede wszystkim w latach 2016-2017; w okresie objętym kontrolą błędy w powyższym zakresie zdarzały się sporadycznie; w SWD PRM istnieje możliwość zgłoszenia błędu do administratora centralnego.

(akta kontroli str. 262)

Ustosunkowując się do ewentualnych problemów z obsługą SWD PRM, Dyrektor Stacji wyjaśnił, że: *System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego obowiązujący w Polsce był przedmiotem wielu uwag z naszej strony, które nie zawsze były uwzględnione, lub które mogą być uwzględnione dopiero w kolejnych wersjach produkcyjnych. W naszej ocenie SWD PRM nie spełnia większości oczekiwań jakie mają świadczeniodawcy wobec narzędzia elektronicznego, które oprócz opisu stanu pacjenta miało dawać wprowadzenie SWD PRM. System nie daje większej ilości informacji o działaniu Państwowego Ratownictwa Medycznego, gdyż ogranicza się do możliwości oceny np. czasu dojazdu, kilku mało istotnych parametrów medycznych (ze względu na małą elastyczność przyjętych parametrów), użytych leków lub podjętych procedur medycznych. Nie odpowiada natomiast na pytania czy kwalifikacja użycia zespołu ratownictwa medycznego była zasadna, tak, jak zmieniał się stan pacjenta po użyciu leków, a biorąc pod uwagę, iż większość parametrów opisujących stan pacjenta jest możliwa do określenia w formie notatki, wyklucza to możliwości analizy statystycznej. Poszczególne punkty Karty Medycznych Czynności Ratunkowych ograniczają się do dwóch, trzech opcji, zamiast otwierać zakładki wielopunktowe. Ponadto KMCR stanowiąca bardzo istotną część SWD PRM jest pozbawiona funkcji wspomagania pracy personelu medycznego. Brak jest np. logicznej części dotyczącej stosowania leków, gdyż w ujęciu obecnym tę część możemy uznać bardziej jako wspomagające „stany magazynowe”, zamiast wspomagającą terapię w zależności od wprowadzonego kodu rozpoznania medycznego. Ponadto SWD PRM powinien dawać dostęp do bazy danych istniejących Kart Medycznych Czynności Ratunkowych u pacjentów, którzy byli już obsługiwani przez system.”*

Natomiast kierownik Dyspozytorni Medycznej wskazując skutki awarii SWD PRM, mających miejsce w listopadzie br. oraz aktualizacji Systemu z listopada 2019 r., wyjaśnił m.in., że: *„... w dniu 29 listopada 2019 r. o godz. 22:19 wystąpiła awaria certyfikatów PKI i w związku z tym SWD PRM wszedł w tryb offline (brak dostępności systemu, działający PZŁ – rozmowy telefoniczne na konsoli). Dyspozytornia medyczna wdrożyła procedury awaryjne (dysponowanie poprzez łączność telefoniczną, system sms, łączność radiową). W trakcie awarii nie wystąpiły zdarzenia o charakterze nadzwyczajnym, łączność i dysponowanie przebiegało sprawnie. Awaria została usunięta o godzinie 23:34, została przywrócona sprawność SWD PRM.*

Nowa wersja aplikacji SWD PRM została wprowadzona w dniu 15 listopada 2019 r. Zmiana ta wprowadziła niegotowość ZRM w przypadku niepełnego składu zespołu, zmianę statusu mógł dokonać dyspozytor medyczny na podstawie informacji od zespołu ratownictwa o gotowości do działań w niepełnym składzie (np. brak lekarza). Dla dyspozytora zespół niegotowy (czerwony) był niemożliwym do zadysponowania, stąd ingerencja dyspozytora i ustawianie statusu zespołów niepełnych (traktowanych jako zespół P) jako „gotowy w bazie” – zielony – możliwy do zadysponowania. Pozwalało to na wysłanie zespołu do zdarzenia a status w jakim znajduje się zespół przekazywany był przez system radia cyfrowego jako wiadomość tekstowa. Niedogodność ta została usunięta z nową wersją aplikacji SWD PRM w dniu 5 grudnia 2019 r.

(akta kontroli str. 255-261, 263-275)

15a. Od dnia 6 września 2019 r. postępowanie dyspozytora w zakresie przyjmowania zgłoszeń i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania, obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego¹⁹.

Działania i czas ich podjęcia został zróżnicowany w zależności od nadanego przez dyspozytora (na podstawie przeprowadzonego wywiadu) kodu pilności: KOD 1 lub KOD 2 (§ 5 ust. 2 cyt. wyżej rozporządzenia).

Na podstawie raportu dotyczącego czasu przyjmowania zgłoszeń z terenu wraz z nadaniem kodu pilności oraz czasów zadysponowania i wyjazdu ZRM, za październik 2019 r. ustalono m.in., że:

a) w przypadku KOD-u 1:

- mediana czasów przyjęcia zgłoszenia w Stacji wyniosła 96 s (zgodnie z § 5 ust. 3 pkt 3 ww. rozporządzenia okres do czasu przekazania zlecenia dyspozytorowi wysyłającemu nie powinien być dłuższy niż 120 s),
- mediana czasów zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wyniosła 19 s (zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1a ww. rozporządzenia czas od przekazania przez dyspozytora przyjmującego powinien wynosić do 30 s),
- mediana czasów wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia wyniosła 107 s (zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1b ww. rozporządzenia czas od zadysponowania zespołu przez dyspozytora wysyłającego nie powinien przekraczać 60 s).

b) w przypadku KOD-u 2:

- mediana czasów zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wyniosła 22 s (zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 2a ww. rozporządzenia czas od przekazania przez dyspozytora przyjmującego powinien wynosić nie dłużej niż 90 s),
- mediana czasów wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia wyniósł 146 s (zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 2b ww. rozporządzenia czas od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego powinien wynosić nie dłużej niż 180 s).

(akta kontroli str. 241-246)

Wśród najczęstszych przyczyn w odniesieniu do 10 przypadków:

- a) o najdłuższym czasie przyjmowania zgłoszeń: wskazano na brak zamknięcia pierwotnego zgłoszenia mimo, że przekazano zgłoszenie do POZ, a po odmowie przez POZ przyjęcia zlecenia, realizacja wyjazdu została otwarta z godziną pierwszego zgłoszenia i uaktualniona oraz zadysponowana; ponadto wystąpiły przypadki oczekiwania z otwartym zgłoszeniem na wykonanie pomiarów przez zgłaszającego (RR, temperatura) i dopiero po uzyskaniu informacji przyjęcie zgłoszenia do realizacji, w tym czasie dyspozytor realizował inne zgłoszenia;
- b) najdłuższego czasu zadysponowania ZRM w kodzie 1: wskazano, że w przypadku zdarzenia z większą liczbą poszkodowanych (brak wiedzy dyspozytora o liczbie poszkodowanych – zadysponowanie pojedynczego ZRM) dla każdego kolejnego zadysponowanego zespołu liczono czas od pierwotnego przyjęcia zdarzenia – w związku z tym czas zadysponowania zespołów w takim przypadku był wydłużony. Innym przypadkiem jest odwołanie zespołu wysłanego

¹⁹ Dz. U. poz. 1703.

w kodzie pierwszym z dużej odległości i przypisanie zespołu, który się zwolnił, a jest bliżej zdarzenia;

- c) najdłuższego czasu zadysponowania ZRM w kodzie 2: wskazano, że w przypadku braku dostępności ZRM w obszarze działania oczekiwano na zwolnienie zespołu po zrealizowanym zdarzeniu;
- d) o najdłuższych czasach wyjazdu ZRM: wskazano, że były to przekroczenia wynikające z przeoczenia i braku zmiany przez członka zespołu statusu ZRM na tablecie podczas wyjazdu ze stacji, nieprzekazania tabletu kolejnemu zespołowi, czy też związane z działaniem sprzętu, takie jak: zawieszenie systemu i konieczność restartu tabletu, brak dostępności GPS, który zaburzył funkcjonowanie SWD w tablecie.

(akta kontroli str. 241-246, 305-328)

16. Zgodnie z § 47 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁰ (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*) dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:

- dokumentację zbiorczą w formie księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;
- dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego albo karty medycznych czynności ratunkowych.

Z analizy 100 losowo wybranych kart zleceń wyjazdu ZRM w sierpniu 2019 r. wraz z odpowiadającymi im kartami medycznych czynności ratunkowych oraz wpisami do zbiorczej księgi Dysponenta wynika m.in., że:

- ✓ każda z badanych kart zleceń wyjazdu ZRM została zaewidencjonowana w księdze dysponenta,
- ✓ księga dysponenta zawierała elementy²¹ wynikające z § 48 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, z wyjątkiem podpisu dyspozytora przyjmującego/dysponującego oraz informacji o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego (§ 48 pkt 10 cyt. wyżej rozporządzenia), przy czym, stosownie do art. 24a ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM, administratorem SWD PRM, w którym generowany jest raport miesięczny, jest minister właściwy do spraw zdrowia,
- ✓ wszystkie karty zleceń wyjazdu oraz karty medycznych czynności ratunkowych były zgodne z wzorami wynikającym z odpowiednio zał. Nr 3 i 4 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- ✓ zapisy w kartach zleceń wyjazdów oraz medycznych czynności ratunkowych były na ogół kompletne – jedynie w przypadku 6 kart zlecenia wyjazdu (brak imienia i nazwiska pacjenta) oraz 8 kart ratowniczych czynności medycznych (brak PESEL pacjenta, daty urodzenia pacjenta), ww. karty nie zawierały danych ze względu na brak kontaktu z pacjentem (osoba nieprzytomna, bądź nietrzeźwa w miejscu publicznym),
- ✓ w treści kart ratowniczych czynności medycznych odnotowywano przeprowadzone badania, wykonane procedury medyczne/zabiegi, podane leki, czas przekazania pacjenta oraz dalsze zalecenia medyczne w odniesieniu do pacjentów pozostawionych w miejscu zdarzenia,

²⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

²¹ Oznaczenie ZRM polegało na wskazaniu numeru ambulansu odpowiadającemu zespołowi „P” bądź „S”.

- ✓ w 21 przypadkach wezwano ZRM do osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia będących jednocześnie pod wpływem alkoholu,
- ✓ w każdym z 50 przypadków przyjęcia pacjenta do SOR/IP karty medycznych czynności ratowniczych były przekazywane podmiotowi leczniczemu, do którego przewieziono pacjenta; natomiast w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi w miejscu zdarzenia – wydawano karty informacyjne pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu (w 45 przypadkach), w 5 przypadkach takich kart nie wydano (osoby nietrzeźwe),
- ✓ w 50 przypadkach pozostawienia pacjenta w miejscu zdarzenia – 11 wezwań dotyczyło (wątpliwych co do stanu zagrożenia) osób będących pod wpływem alkoholu, 4 – osób z problemami psychicznymi/depresją, w 2 przypadkach po dotarciu na miejsce zdarzenia ZRM stwierdził zgon; pozostałe 33 wezwania dotyczyły nagłego zagrożenia stanu zdrowia o różnej specyfice (m.in. zasnęnięcia, omdlenia, krwotoki, rany cięte, bóle o różnym umiejscowieniu i nasileniu, wymioty).

(akta kontroli str. 251-253)

W przypadku udzielenia pomocy i pozostawieniu na miejscu, pacjentowi wydawano kartę informacyjną zawierającą m.in. dane osobowe pacjenta, diagnozę, podane leki, datę i godzinę interwencji wraz z pouczeniem o możliwości odbioru Karty Medycznych Czynności Ratunkowych w siedzibie Stacji Pogotowia Ratunkowego, czym realizowano obowiązek wynikający z § 50 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej stanowiącego, że karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany w postaci papierowej lub udostępniany w postaci elektronicznej pacjentowi (...).

(akta kontroli str. 388-390)

17. W okresie od 1 stycznia 2018 r. do 19 grudnia 2019 r. w Stacji odnotowano jeden przypadek odmowy przyjęcia pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do SOR (dotyczy nieletniego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi z uwagi na brak oddziału psychiatrii dziecięcej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp., w związku z czym pacjenta odwieziono do SPZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze). Z tytułu odmowy przyjęcia pacjenta do SOR, do Stacji nie wnoszono skarg.

(akta kontroli str. 227-233)

Wskazując problemy jakie wystąpiły przy kierowaniu pacjentów do najbliższego pod względem czasu dotarcia SOR, Dyrektor Stacji wyjaśnił, że: „(...) *Mimo tego, iż ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie przewiduje możliwości odmowy przyjęcia pacjenta przez szpital posiadający w swojej strukturze szpitalny oddział ratunkowy, to jednak wielokrotnie mamy do czynienia z sytuacjami, które są kreowane przez świadczeniodawców w taki sposób, by uniknąć zgłoszenia o odmowie przyjęcia pacjenta (ze względu na grożące kary finansowe). Do najczęstszych sposobów należy powiadomienie dyspozytorni medycznej np. o przewidywanym (!!!) braku miejsc na konkretnych oddziałach, które najczęściej są powodem do transportu pacjenta w sposób ukierunkowany (np. na neurologii interwencyjnej, psychiatrii dziecięcej, zaawansowanej diagnostyki obrazowej, intensywnej terapii - w załączeniu przykładowe powiadomienia). Sposobem na zniechęcanie ZRM-ów do przyjazdu do konkretnego SOR-u może być również nasilające się „kolejkowanie” zespołów, argumentowane tym, iż na SOR-ze jest wielu pacjentów, a personel szpitalny nie może zajmować się nowoprzywiezionymi pacjentami (...). Łatwo sobie wyobrazić, iż oczekiwanie ZRM na to, że personel*

SOR-u będzie miał wystarczająco mało pracy z pacjentami i przejmie nowego pacjenta może trwać wiele godzin, co skutecznie wyłączy zespół z dalszej dyspozycyjności.

Powyższe problemy były przedmiotem spotkań członków Lubuskiego Konsorcjum Ratownictwa Medycznego z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. Należy jednak zauważyć, iż wszelkie starania instytucjonalne o prawidłowość działania ratownictwa medycznego przedszpitalnego i szpitalnego, mogą być łatwo zaprzepaszczone przez niechęć personelu medycznego do stosowania się do zaleconych procedur organizacyjnych w szczególności wtedy, gdy występuje nadmierne obciążenie ilością pacjentów przebywających jednocześnie w SOR-ach."

(akta kontroli str. 263-275)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Analiza wybranych kart zleceń wyjazdu ZRM oraz kart medycznych czynności ratunkowych SPW SPR z października 2019 r. wykazała, że w 14 z 25 (56%) badanych zleceń wyjazdów dla zespołów specjalistycznych – świadczenie zrealizował zespół dwuosobowy, tj. bez lekarza, co było niezgodne z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy PRM.

Według kart pracy, w dniach ww. wyjazdów²² nie zapewniono pełnej obsady lekarskiej w zespołach specjalistycznych w trakcie 407 spośród 672 godzin (60,57%)²³. Oznacza to, że sześć na 10 wyjazdów zespołu S, odbyło się bez udziału wymaganego lekarza. Główną przyczyną tego stanu był brak dostatecznej liczby kadry lekarskiej. W 2019 r. znacząco spadła liczba lekarzy zatrudnionych w Stacji – na koniec I kwartału było ich 17, zaś na koniec października już tylko 10.

Dyrektor Stacji wyjaśnił, że *wykazany brak lekarzy w obsadach zespołów specjalistycznych jest zgodny z prawdą i jest spowodowany brakiem lekarzy systemowych, chętnych do pełnienia dyżurów w zespołach ratownictwa medycznego, zarówno z powodów finansowych (bardzo niskie stawki), jak i z innych powodów, w tym przede wszystkim dużym ryzykiem pracy w miejscu wezwania, gdzie podejmuje się decyzje w ograniczonych warunkach diagnostycznych, konsultacyjnych, co znacznie zwiększa ryzyko błędu i odpowiedzialności karnej.*

Świadczeniodawca ma świadomość, iż część wyjazdów zespołów, które nominalnie powinny być w obsadzie z lekarzem, były realizowane tylko w składzie dwuosobowym. Przy czym należy zaznaczyć, iż skład dwuosobowy mógł dotyczyć niecałego 24-godzinnego dyżuru, lecz braki mogły występować w godzinach, w których było realizowane konkretne zdarzenie medyczne, a w innych godzinach ten sam zespół mógł wykonywać świadczenia medyczne w pełnej obsadzie.

Występujące niedobory kadry lekarskiej są efektem załamania całego rynku świadczeń lekarskich, a ratownictwo medyczne najszybciej odczuwa wszelkie wahania na rynku pracy (nie tylko w grupie lekarzy), gdyż jest najslabiej finansowaną częścią ochrony zdrowia - wzrost nakładów w ciągu ostatnich 10 lat był poniżej 15%, gdy w innych częściach notowane są wzrosty pomiędzy 65, a 68%.

(akta kontroli str. 237, 250, 331, 333-376)

2. Zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne, łączącej Stację z LOW NFZ, świadczeniodawca zobowiązany jest m.in do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rejonie operacyjnym oraz lokalizacji miejsc stacjonowania w obszarach działania zgodnie z

²² 5-7.10. i 11-14.10.2019 r.

²³ 4 ZRM x 24 godz. x 7 dni

wytycznymi określonymi w planie działania systemu (§2 pkt 4 umowy). W myśl Planu – w odniesieniu do Stacji – założono pozostawanie w gotowości m.in. czterech specjalistycznych zespołów w ciągu 365 dni przez 24 godziny na dobę, od poniedziałku do niedzieli (Aktualizacja nr 1 do Planu). Stosownie zaś do Planu rzeczowo-finansowego, stanowiącego załącznik nr 1 do ww. umowy, Stacji przysługiwało wynagrodzenie w wysokości 4.246,18 zł za świadczenie udzielone przez specjalistyczny ZRM (przy 3.184,64 zł za świadczenia udzielone przez podstawowy ZRM).

Stacja, pomimo realizacji świadczeń - opisanych w pkt 1 stwierdzonych nieprawidłowości - przez podstawowe ZRM-y, wystawiła fakturę i pobrała świadczenia w wysokości jaka przysługiwałaby w sytuacji gdyby zlecenia realizowały specjalistyczne ZRM, tj. w kwocie o 17.998,56 zł²⁴ przekraczającej kwotę należną.

(akta kontroli str. 72-112, 338-344)

W powyższej kwestii Dyrektor Stacji wyjaśnił: *SPWSPR w Gorzowie nie występowała do Narodowego Funduszu Zdrowia o korektę stawek, gdyż finansowanie ratownictwa medycznego, dla którego jest podstawą ustawowy algorytm biorący pod uwagę ilość zespołów S, jest daleko niewystarczające i od 10 lat nakłady zwiększyły się tylko o około 12% (...). Ponieważ System ratownictwa medycznego jest finansowany w sposób szczególny tj. przez wojewodów, za pośrednictwem NFZ i w postaci ryczałtowanej, nieuwzględniającej ilości wykonywanych świadczeń, a więc nieuwzględniający kosztów, należy uznać, iż środki finansowe dedykowane na świadczenia zespołów ratownictwa medycznego są z góry ustalone i nie ulegają zmianie bez względu na to, czy świadczeń jest więcej, czy też mniej. Z tego można wywieść, iż w przypadku, gdy zespół S nie wyjedzie do pacjentów w ciągu doby ani razu (teoretycznie żaden z pacjentów nie musi być w stanie wymagającym interwencji lekarskiej), to nie zachodzi podstawa do tego, by świadczeniodawcy nie wypłacić pieniędzy ryczałtowych za utrzymanie zespołu. Nie dochodziło również do sytuacji, w której brak lekarza powodował ograniczenie dostępności do nominalnej ilości zespołów, a ponadto zawsze byli lekarze, których można było dysponować do przypadków ciężkich, lub którzy mogli skonsultować zespół ratowników, jeśli zachodziłaby taka potrzeba. Przyjęty sposób reagowania na braki lekarskie jest zgodny z propozycją Ministerstwa Zdrowia, w ramach której zmiany ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym mają wprowadzić System rendez vous, tj. taki System, w którym lekarz nie jest przypisany do zespołu i wspomaga zespół ratowników tylko i wyłącznie na ich prośbę lub udziela im konsultacji w przypadkach ciężkich. W przeciwieństwie do obecnego Systemu, który nie pozostawia w województwie środków finansowych, gdy świadczeniodawcy przekształcają zespoły S na zespoły P, nowa propozycja Ministerstwa Zdrowia zmienia algorytm podziału środków na ZRM-y, w ten sposób, by uwzględniać tylko i wyłącznie ilość zespołów, a nie ich opis jako P lub S.*

Ograniczenia w składach zespołów S nie były wynikiem celowego dążenia do ograniczenia dostępności usług lekarskich lub zwiększenia „rentowności” zespołów S. Dowodem na to jest wypłacenie wszystkich środków „zaoszczędzonych” personelowi medycznemu, wykonującemu swoje obowiązki w czasie zaistnienia niedoborów kadrowych. Analiza sytuacji jest prowadzona w trybie ciągłym, niestety nie ma żadnego wpływu na dostępność kadry lekarskiej. W chwili obecnej lekarze specjaliści medycyny ratunkowej zatrudniani w SPWSPR w Gorzowie Wlkp. otrzymują wynagrodzenie w wysokości 80-85 zł za godzinę, co znacznie przekracza środki przeznaczone przez Fundusz na realizację zadań zespołów S. Należy

²⁴ 407 godzin to 16,96 dobokaretki x 1.061,34 zł (różnica w stawce za zespół S a P).

zauważyć, iż nasza jednostka nie ma żadnej innej działalności medycznej, z której można by było przeznaczyć dodatkowe środki na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 331, 333-334)

3. Mediana czasów wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia, w przypadku kodu pilności – KOD-1, wyniosła 107 sekund, natomiast zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1b rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania, obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, czas od zadysponowania zespołu przez dyspozytora wysyłającego nie powinien przekraczać 60 s.

W kwestii przekroczenia 60-sekundowego terminu wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia Dyrektor wyjaśnił: Określenie 60 sekund od zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego do wyjazdu zespołu, według wielu głosów, które padały podczas różnych spotkań środowiska ratowniczego, nie było nigdy poparte jakimikolwiek badaniami, co do realności wyznaczenia takiego limitu czasowego. Bezkrytyczne przyjmowanie wskaźników, które mogą być użyte do recenzowania Państwowego Ratownictwa Medycznego jest zbędne i nie służy analizie mającej poprawić jakość świadczeń ratownictwa medycznego. Według naszego doświadczenia dotrzymanie wyznaczonych limitów czasowych jest możliwe w przypadku jednostek, które są zorganizowane tak jak np. Państwowa Straż Pożarna. Ewidentne ograniczenia wynikające chociażby z tego, iż personel medyczny najczęściej znajduje się w innych obiektach, niż obiekty garażowe dla ambulansów, wpływają na możliwość dotrzymywania oczekiwanych wskaźników czasowych. Również obciążenie pracą, w tym ilością wyjazdów zespołów, jest powodem, dla którego wyznaczenie takich norm czasowych nie wydaje się mieć praktycznego zastosowania. Dla przykładu, ilość wyjazdów interwencji wszystkich jednostek PSP województwa lubuskiego odpowiada ilości wyjazdów tylko jednej stacji wojewódzkiej w Gorzowie Wlkp.

(akta kontroli str. 244, 377-380)

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu realizację zleceń wyjazdów zespołów specjalistycznych w wymaganym składzie.
2. Weryfikację uzyskanych z LOW NFZ środków finansowych na podstawie obowiązującej umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne z dnia 28 marca 2019 r. oraz zwrot środków pobranych w nadmiernej wysokości, tj. ryczałtów na specjalistyczne ZRM w sytuacjach faktycznego wykonywania zleceń przez zespoły podstawowe.
3. Dążenie do dochowania określonego w przepisach maksymalnego czasu wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego, w przypadku kodu pilności KOD-1.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Zielonej Górze. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Zielona Góra, 24 stycznia 2020 r.

Kontroler
Paweł Pawlak
główny specjalista
kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis